

CHORÉE INFANTILE

N° 35

SES RAPPORTS

avec l'évolution dentaire

ET PRINCIPALEMENT AVEC LA SECONDE DENTITION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 9 AVRIL 1892

PAR

G. BROCHET

Né à Chamblay (Jura)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. du c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Pathologie interne (Ch. du c.).....	SARDA.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histologie.....	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	REGIMBEAU, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU (*)	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRASSET, <i>président</i> .	MM. BLAISE, agrégé.
BROUSSE, professeur.	BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les *Dissertations* qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

G. BROCHET.

A MES CAMARADES DE LA MARINE

G. BROCHET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

G. BROCHET.

MEIS ET AMICIS

G. BROCHET.

INTRODUCTION

Dans le cours de plusieurs visites que nous fîmes à la clinique des enfants, dirigée par M. le professeur agrégé Baumel, à l'Hôpital Général, notre attention fut spécialement attirée sur les cas de chorée que l'on rencontre dans ce service.

Nous fûmes surtout vivement intéressé par la théorie absolument nouvelle et originale que M. le professeur agrégé Baumel nous exposait dans ses leçons cliniques sur cette névrose, théorie qui nous parut reposer sur des preuves assez sérieuses pour nous donner l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Ayant communiqué ce projet à M. le professeur agrégé Baumel, il nous encouragea dans cette voie, après avoir fait passer sans peine en nous la conviction qui l'animait, et qui s'appuie sur des faits étudiés avec soin et rigoureusement observés.

Nous nous sommes efforcé, dans notre travail, de faire ressortir, par le groupement et la discussion de ces faits, la légitimité de cette théorie nouvelle, regrettant que, en raison des circonstances spéciales où nous nous trouvons, le temps nous ait manqué pour traiter plus à fond cette question féconde en enseignements.

Nous ne prétendons pas avoir épuisé le sujet, loin de là, et trop heureux serions-nous si nous avions pu inciter un esprit plus compétent que nous à rechercher le parti que l'on peut tirer de considérations faites à notre point de vue sur la choroée et l'évolution dentaire.

Nous ne saurions remercier trop vivement M. le professeur agrégé Baumel pour l'extrême bienveillance dont nous avons été l'objet de sa part pendant tout le cours de nos études et de l'empressement avec lequel il nous prodigua ses conseils éclairés, qui nous ont singulièrement facilité notre tâche.

M. Piétri, externe des hôpitaux, attaché au service clinique des enfants, nous a été d'un grand secours pour les recherches parfois laborieuses nécessitées par notre travail. Qu'il reçoive ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous remercions aussi M. le professeur Grasset de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

AVANT-PROPOS

DÉFINITION DE LA CHORÉE (1)

On donne le nom de chorée (*χορεία*, danse) à une névrose spéciale affectant, surtout le jeune âge, d'une assez longue durée, caractérisée par des mouvements irréguliers, désordonnés, presque toujours continus et exacerbants, partiels ou généraux et involontaires, sans que toutefois l'action de la volonté soit tout entière abolie dans les masses affectées.

Elle se distingue essentiellement de la paralysie *agitans* et de toutes les convulsions rythmiques de natures si diverses et d'origines si variées. Il ne faut pas confondre la chorée qui fait l'objet de cette étude avec les chorées, expressions symptomatiques de lésions et de maladies fort dissemblables.

A plus forte raison séparons-nous de la chorée les états pathologiques connus sous le nom de *dansomanie*, *grande danse de Saint-Guy*, *chorée giratoire*, *rotatoire*, *vibratoire* et *procursive*.

Nous ne reconnaissons qu'une seule espèce de chorée. Un certain nombre de variétés forment les bases de sa division. Suivant l'étendue et le siège des mouvements anormaux, elle

(1) *Dictionnaire* de Jaccoud (article de Jules Simon).

est dite partielle ou générale. Parfois les mouvements paraissent limités à la moitié latérale du corps et la névrose est dite *hémichorée*.

Au point de vue de la marche, la chorée est dite aiguë ou chronique.

On peut dire que, dans l'immense majorité des cas, elle est chronique, puisque sa durée est d'ordinaire de trois mois.

On a aussi admis des chorées intermittentes par opposition au développement continu des symptômes de la chorée.

L'hystérie et les autres névroses peuvent compliquer la chorée, mais, comme le fait remarquer judicieusement le professeur Axenfeld, il ne faut pas confondre avec l'hystérie et l'épilepsie les affections ou les symptômes qui sont communs à plusieurs névroses.

CHORÉE INFANTILE

SES RAPPORTS

AVEC L'ÉVOLUTION DENTAIRE

ET PRINCIPALEMENT AVEC LA SECONDE DENTITION



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE (1)

Attribuée d'abord au sortilège et au démon, rangée ensuite parmi les maladies simulées, puis regardée comme une paralysie ou une convulsion, la chorée a été définitivement classée par Pinel parmi les névroses.

On a longtemps discuté pour savoir si les anciens auteurs avaient eu connaissance de la chorée. Il est généralement admis qu'il faut voir les symptômes de cette névrose dans la maladie décrite par Galien et Pline sous le nom de « scélotyrbe. »

Bouteille fait connaître l'époque à laquelle la chorée a été

(1) Sanné, *Traité des maladies de l'enfance*.

mentionnée pour la première fois par Plater, Hortius et Lenert (XV^e siècle).

Ces auteurs ne donnèrent que de simples indications qui furent reprises et complétées surtout par Sydenham. Mais c'est Bouteille qui, le premier, en 1810, a donné une histoire complète de la maladie, appuyée d'un grand nombre de faits cliniques.

Depuis Bouteille, on a publié en Angleterre, en France, en Allemagne et en Suisse un grand nombre d'observations particulières et de travaux originaux sur la chorée.

Nous allons résumer l'opinion, au point de vue étiologique, des principaux de ces auteurs, avant de passer à l'étiologie d'après notre opinion personnelle, ce qui doit constituer le fond de notre travail.

ÉTIOLOGIE D'APRÈS QUELQUES AUTEURS

1^o TRAITÉS DES MALADIES DE L'ENFANCE

a) *France* (1). — La chorée apparaît à l'âge de dix à quinze ans. — Sur 334 cas observés, il y en a 23 de trois à six ans, 134 de sept à dix, 169 de onze à quatorze et 8 de quinze à dix-sept.

Elle serait trois fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Le tempérament nerveux et la constitution délicate, chétive et lymphatique y prédisposent. Le climat aurait

(1) Barthez et Sanné, *Maladies de l'enfance*.

aussi quelque influence. L'hérédité serait une des causes prédisposantes les plus habituelles, ainsi que toutes les maladies qui débilitent l'organisme : chlorose, anémie, principales maladies aiguës de l'enfance (pneumonie, fièvre typhoïde, fièvres éruptives et particulièrement scarlatine, par l'affaiblissement qu'elle cause et son affinité avec le rhumatisme). La plus puissante de toutes les causes serait le rhumatisme, la chorée serait même une affection rhumatismale (Botrel).

Sanné appuie son dire, non seulement sur l'avis d'auteurs tels que Roger, Botrel et West, mais aussi sur des faits nombreux qu'il a observés ultérieurement.

Cadet de Gassicourt est de l'avis de Sanné, tout en étant encore plus affirmatif que lui pour attribuer à la chorée une origine rhumatismale.

b) *Suisse* (1). — La chorée est rarement, dans le jeune âge, une affection héréditaire ; la chorée dite héréditaire n'est pas une maladie de l'enfance.

Ces auteurs mentionnent parmi les causes occasionnelles les impressions morales, particulièrement la peur. Ils pensent aussi, comme les auteurs précédemment cités, que toutes les causes de débilitation favorisent le développement de la chorée, soit la chlorose spontanée, soit l'anémie consécutive aux maladies aiguës.

Pour ce qui est de la chorée en tant que affection rhumatismale, Despines et Picot sont moins absolus que les auteurs précédents, car, disent-ils, la chorée s'observe bien souvent en dehors de tout phénomène morbide du côté des articulations et du cœur, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est commune chez les enfants rhumatisants. Ils combattent aussi, en l'atténuant, l'opinion de quelques auteurs qui considèrent

(1) Despines et Picot, *Manuel pratique des maladies de l'enfance*.

les lésions cardiaques comme le point de départ de la chorée et qui expliquent ainsi les relations de cette maladie avec le rhumatisme.

c) *Allemagne* (1). — Le professeur Henoch (de Berlin), dans ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, attribue au rhumatisme le rôle prépondérant dans la production de la chorée, le plus souvent dans le rhumatisme articulaire aigu, à sa période de déclin ou pendant sa convalescence. Le même auteur, sans oublier comme cause occasionnelle la peur ou la frayeur, affirme qu'il est incomparablement plus rare d'observer la chorée à la suite de maladies aiguës.

d) *Angleterre* (2). — Très commune entre sept et quinze ans, la chorée peut survenir d'emblée. On reconnaîtra comme point de départ l'existence d'un *catarrhe gastro-intestinal*, une irritabilité nerveuse quelconque. Elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Cet auteur attribue aussi au rhumatisme la production de la chorée, mais avec réserve, car le *rhumatisme* est *très commun* à Genève, par exemple, et la *chorée extrêmement rare* (Rilliet).

Enfin, le rhumatisme est une cause rare de chorée, d'après le docteur Lombard, et, s'il en est vraiment une d'après Trousseau, Roger, Hughes, ce n'est pas l'opinion de Romberg, Vogel, Steiner.

D'autre part, il est très possible que le rhumatisme engendre la chorée en déterminant l'anémie (Meigg et Pepper).

E. Ellis cite comme cause occasionnelle : les *traumatismes*, la *frayeur*, les *vers*, la *dentition*, l'excitation mentale et

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1885.

(2) E. Ellis, *Manuel pratique des maladies de l'enfance* (traduit par le Dr L. Waquet, 1889).

toute irritation du système nerveux. Il incrimine aussi l'alimentation insuffisante (D^r Anstie). Il assigne comme durée à la chorée de deux à trois semaines et plusieurs mois. Après trois mois, elle serait considérée comme incurable.

Le programme de West (1) (de Londres) explique la fréquence de la chorée, dans l'enfance, par l'impressionnabilité du système nerveux, plus grande à ce moment qu'à toute autre époque de la vie. Il insiste, plus que les autres auteurs, sur les secousses violentes du système nerveux, tout en ajoutant qu'il est assez rare de voir la chorée apparaître chez des enfants auparavant en bonne santé ; *chez la plupart, dit-il, qu'on puisse ou non signaler une cause déterminante, il y a eu antérieurement quelque affaiblissement de la santé générale* qui, à un âge plus jeune, eût provoqué une attaque de convulsions ou de spasmes de la glotte ; dans beaucoup de cas également, un examen minutieux des antécédents de l'enfant ou des membres de sa famille fera découvrir l'existence d'une disposition spéciale aux affections convulsives, à la chorée ou à l'épilepsie. Sa fréquence *prédominante* chez les *jeunes filles* n'est qu'une *autre expression du même fait*, c'est-à-dire du lien qui unit cette maladie à une *excitabilité particulière du système nerveux*.

Telle est en substance l'étiologie générale de la chorée pour West ; mais un autre auteur parle aussi des rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec la chorée en mettant surtout en avant l'opinion de M. Sée, qui a montré combien ce rapport est intime et qui a donné des chiffres à l'appui de son affirmation, opinion que West accepte avec beaucoup de restrictions.

Il est une théorie pour expliquer l'étiologie de la chorée

(1) Charles West, *Leçons sur les maladies des enfants*.

qu'aucun autre auteur ne mentionne, c'est la théorie de l'embolie.

Cette théorie a été proposée par le docteur Kirkes pour expliquer la production de la maladie par l'irritation des centres nerveux que détermineraient de fines molécules de fibrine.

Le docteur Hughlings Jackson a essayé de faire faire à cette théorie un pas de plus et de prouver que l'oblitération des petits vaisseaux d'un corps strié est la cause de la maladie, les tissus n'étant pas précisément détruits comme dans le cas d'hémiplégie, mais insuffisamment nourris en raison de l'apport insuffisant du sang.

West réfute la théorie de l'embolie par les puissantes considérations suivantes :

- 1° La production possible de la chorée par pure imitation ;
- 2° *L'extrême rareté de l'invasion brusque* de la chorée et *la lenteur très marquée avec laquelle celle-ci se produit d'habitude* ;
- 3° Le très petit nombre de cas où la chorée persiste à être unilatérale ;
- 4° Ce fait général que la deuxième attaque est plus légère que la première, et la troisième plus que la deuxième, résultat absolument inexplicable, si une lésion organique était la cause ordinaire de l'attaque.

TRAITÉS DE PATHOLOGIE

a) (1) Parmi les causes prédisposantes de la maladie, il faut ranger en première ligne l'impressionnabilité innée ou acquise

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*, tome I.

du système nerveux ; le sexe féminin, chez lequel la chorée est plus fréquente, présente en outre une cause prédisposante spéciale : la grossesse (*chorea gravidarum*).

Les causes déterminantes sont psychiques ou somatiques ; au nombre des premières sont les émotions morales (frayeur, colère) et l'imitation ; parmi les secondes, les plus puissantes sont l'endopéricardite, le rhumatisme articulaire, les vers intestinaux, l'anévrisme, l'anémie et, dans quelques cas rares, l'intoxication mercurielle et la syphilis.

Comme toutes les formes convulsives, la chorée peut être provoquée par le mécanisme de l'acte réflexe. Ainsi Rixen cite le cas d'un garçon de seize ans chez qui la névrose était le résultat d'un petit abcès du pied, contenant un fragment d'aiguille.

Comme on le voit, Jaccoud cite beaucoup de causes de la chorée, sans s'appesantir sur aucune, à l'encontre des auteurs cités plus haut.

b) (1) La chorée est une maladie de l'enfance et de l'adolescence plus fréquente de six à quinze ans. Exceptionnelle chez les très jeunes enfants et chez les vieillards. Le sexe a aussi une certaine influence sur la production de la chorée, puisque l'on constate sa fréquence plus grande chez les filles que chez les garçons, dans la proportion de 3 à 1. Les causes prédisposantes seraient le névrosisme héréditaire, l'anémie, la chlorose et surtout la diathèse rhumatismale (Stoll, Copland, Bouteille, Abercrombie, Botrel, Germain Sée).

« Dire que la chorée est toujours de nature rhumatismale est assurément une exagération. »

Les émotions et les frayeurs y contribuent aussi.

(1) Laveran et Tessier, *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales*, édit. 1883, tome I.

NEUROLOGIE

c) La chorée se montre de l'âge de dix ans à la puberté (Sydenham), de six, à onze et de onze à quinze (Germain Sée et auteurs modernes).

Très rare chez l'adulte, le vieillard, les très jeunes enfants (Jeffreys, Bouteille, Simon et Constant). Exceptionnellement congénitale ou du moins se développant tout de suite après la naissance (Monod, Fox, Richter, Heller). Influence du sexe, de l'hérédité, des ascendants (Dorfmüller, G. Sée, Huntington).

Prédisposants. — Tempérament nerveux et lymphatico-nerveux (G. Sée). Influence de l'éducation, des études prématurées, de l'alimentation, des mauvaises conditions hygiéniques, de la masturbation, des excès sexuels, etc.....

Cet auteur mentionne spécialement : la vie puerpérale, les périodes de la vie génitale (menstruation et surtout *grossesse*).

Chorée des femmes enceintes (*chorea gravidarum* : cause chez l'adulte).

Tout ce qui précède n'est considéré que comme déterminant la forme nerveuse que prend la maladie.

Causes principales :

1° Rhumatisme. Exagération manifeste d'incriminer uniquement le rhumatisme ;

2° Scrofule.

On peut rattacher la production de la chorée au *mal*

(1) Grasset, *Traité des maladies nerveuses*.

de Bright (Lacaze, Sée), à la *chlorose*, *l'anémie*, *l'hystérie* (Charcot). *Traumatismes éloignés*. Émotions, imitation.

Tels sont les principaux auteurs à citer sur l'étiologie de la chorée.

Voyons maintenant l'opinion de M. le professeur agrégé Baumel (Montpellier), ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE II

CHORÉE ET ÉVOLUTION DENTAIRE

Nous venons de voir dans le chapitre précédent que tous les auteurs cités donnent dans leur étude sur la chorée comme causes prédisposantes et occasionnelles de cette névrose les maladies aiguës de l'enfance, les émotions de toute nature, en insistant d'une façon presque unanime sur le rhumatisme, mais aucun ne parle de l'évolution dentaire.

Dieulafoy, cependant, fait remarquer que la chorée apparaît surtout au moment de l'évolution dentaire, mais n'attribue à cette dernière *aucune influence spéciale*.

Ellis range *la dentition* au nombre des causes prédisposantes ou occasionnelles de la chorée, mais au même titre que les autres affections particulières à l'enfance.

Nous allons maintenant entreprendre d'exposer la théorie étiologique de la chorée, d'après M. Baumel et d'après nos propres convictions, théorie que nous nous efforcerons de justifier, en nous appuyant sur les observations contenues dans le chapitre III et qui ont servi de point de départ et de base à notre étude.

La chorée reconnaît pour :

1° Cause prédisposante : L'influence d'une anémie profonde, toujours antérieure à la chorée, soit constitutionnelle, c'est-à-

dire existant dès la naissance et due à l'état de santé des parents à l'époque de la conception, sous l'influence de diathèses ou de maladies en cours d'évolution ; soit consécutives à des maladies aiguës de l'enfant lui-même, ou à une alimentation défectueuse ;

2° Cause occasionnelle *constante* : L'évolution dentaire de la dent dite de quatre ans et de celle dite de neuf ans et principalement des dernières grosses molaires.

En un mot, la cause *prédisposante* est toujours l'*anémie*, qu'elle soit due à l'hérédité ou à des maladies aiguës ou chroniques, et la cause *occasionnelle* est toujours l'évolution dentaire.

« Des réserves doivent être évidemment faites pour les cho-rées symptomatiques, post-hémiplégiques, etc (1). »

Avant d'aller plus loin, nous croyons qu'il est utile de donner quelques notions sur l'évolution dentaire, notions qui nous serviront à exposer et prouver notre théorie, concurremment avec les observations que nous avons recueillies.

ÉVOLUTION DENTAIRE (2)

Les dents sont divisées en incisives, canines et molaires.

Il existe deux dentitions : la première qui commence quelques mois après la naissance (cinq à six mois), la seconde qui débute vers l'âge de sept ans.

(1) Baumel, *Union médicale*, 7 juillet 1891.

(2) Id., *ibid.*, juillet 1891.

Tillaux, *Anatomie topographique*.

La première dentition comprend vingt dents ; la deuxième se compose de trente-deux.

L'enfant possède à chaque mâchoire quatre incisives, deux canines et quatre molaires.

L'adulte possède à chaque mâchoire quatre incisives, deux canines et dix molaires.

De l'âge de six mois à celui de deux ans, les vingt dents dites de première dentition effectuent leur sortie ; l'ordre de leur apparition est en général le suivant :

D'abord les deux incisives médianes inférieures, puis les deux correspondantes supérieures.

Ici, une première exception : Au lieu des incisives latérales inférieures, ce sont les deux incisives latérales supérieures qui sortent après les médianes supérieures, puis les deux incisives latérales inférieures.

Nouvelle exception : Les premières petites molaires, celles du maxillaire inférieur d'abord, celles du maxillaire supérieur ensuite, apparaissent avant les canines.

Suivent ces dernières, les inférieures toujours les premières ; enfin, dans le même ordre, les secondes petites molaires, constituant en tout les vingt dents de première dentition.

Les dents permanentes évoluent ainsi qu'il suit :

- 1° Les deux incisives médianes, de sept à huit ans ;
- 2° Les deux incisives latérales, de huit à neuf ans ;
- 3° Les deux molaires antérieures aux premières petites molaires, de neuf à dix ans ;
- 4° Les deux canines, de dix à onze ans ;
- 5° Les deux molaires postérieures aux deuxième petites molaires, de douze à treize ans.

Quant aux trois grosses molaires qui s'ajoutent de chaque côté aux dents permanentes, elles apparaissent dans l'ordre suivant :

La première (dent dite de quatre ans), de six ans et demi à sept (Troitzky, Baumel).

La seconde (dent dite de neuf ans), de douze à quatorze ans (Baumel), exceptionnellement même à seize ans.

La troisième (dent de sagesse), de vingt à trente ans.

Il convient aussi de mentionner la dent de remplacement, dont l'influence se fait sentir dans la production de la chorée.

En lisant les auteurs qui se sont occupés de la question, il est à constater que tous confondent les causes prédisposantes et occasionnelles sans trop les différencier, et que, de plus, ces causes sont si nombreuses et d'origines si diverses qu'il est assez difficile de se faire une idée exacte de l'étiologie de la chorée.

Le rhumatisme, donné comme cause prédisposante, par la plupart des auteurs, dans la production de cette névrose, ne peut expliquer tous les cas de chorée, puisqu'il s'en rencontre où le rhumatisme ne peut être incriminé, pas plus qu'une maladie antérieure quelconque.

Dans les recherches que M. Baumel entreprit sur cette question, il fut vivement frappé, comme nous l'avons été après lui, de la coïncidence qui existe toujours entre l'apparition des phénomènes choréiques et la période d'évolution de chaque groupe dentaire, comme le prouveront les dix observations de notre travail.

Nous croyons, avec M. Baumel, qu'il y a dans ces faits plus qu'une simple coïncidence, et qu'il faut y voir la véritable origine pathogénique de la chorée.

PATHOGÉNIE

En effet, on a signalé la lésion des parties de la moelle avoisinant les cornes postérieures de la substance grise.

Cette lésion, qui ne serait point constante, n'est nullement contradictoire de notre manière de voir et de notre opinion pathogénique.

Il peut se faire alors qu'il existe des troubles nerveux fonctionnels, principalement réflexes dans ce cas, où pourrait faire entrer en ligne de compte l'irritation du trijumeau retentissant sur les muscles moteurs.

Voyons comment l'anatomie et la physiologie nous expliquent ce retentissement, et voyons surtout comment elles expliquent l'intervention de l'évolution dentaire dans la production des mouvements choréiques.

Le nerf trijumeau est un nerf à la fois sensitif et moteur, tenant sous sa dépendance la sensibilité de la face et la contraction de tous les muscles masticateurs.

La racine motrice, encore appelée nerf masticateur, en raison de sa distribution aux muscles de la mastication, traverse la protubérance d'avant en arrière, de haut en bas et de dehors en dedans, et vient se terminer dans un noyau de substance grise, le noyau masticateur, qui est situé de chaque côté de la ligne médiane, à 3 millimètres environ au-dessous du plancher du quatrième ventricule, sur le prolongement des cornes antérieures de la moëlle.

Parmi les branches du trijumeau, celles qui nous intéres-

(1) Testut, *Traité d'anatomie humaine*, vol. II.

sont particulièrement sont : le nerf maxillaire supérieur et le nerf maxillaire inférieur, et plus spécialement les rameaux dentaires de ces derniers.

Les rameaux dentaires postérieurs descendent dans l'épaisseur de l'os maxillaire supérieur, jusqu'au voisinage des dents molaires. Là, ils se divisent et s'anastomosent de façon à former une sorte de plexus, à mailles irrégulières, d'où s'échappent quatre ordres de filets terminus, savoir :

a) Des filets dentaires, qui pénètrent dans les racines des grosses et des petites molaires ;

b) Des filets alvéolaires, qui se rendent au périoste des alvéoles ;

c) Des filets muqueux, qui viennent se ramifier dans la muqueuse du sinus maxillaire ;

d) Des filets osseux, qui se perdent dans le maxillaire lui-même.

Le rameau dentaire antérieur se dirige obliquement en bas, vers les incisives, en suivant un conduit spécial creusé dans l'épaisseur du maxillaire supérieur. Dans son trajet, il fournit quelques filets récurrents qui vont s'anastomoser avec le plexus dentaire que nous venons de décrire et s'épuise ensuite en quatre ordres de filets :

a) Des filets nasaux ;

b) Des filets dentaires, pour les racines des deux incisives et de la canine correspondantes ;

c) Des filets alvéolaires, pour le périoste alvéolaire et la muqueuse gingivale ;

d) Des filets osseux.

Le nerf dentaire inférieur, branche du nerf maxillaire inférieur, fournit des filets dentaires pour les racines des grosses

et des petites molaires, des filets gingivaux pour la muqueuse des gencives, des filets osseux pour le périoste et l'os.

Le nerf incisif, branche terminale du nerf dentaire inférieur, continuant sa direction, pénètre dans le canal incisif et y fournit trois filets pour les racines de la canine et des deux incisives correspondantes.

Comment, d'après ces données anatomiques, pouvons-nous expliquer le rôle de l'évolution dentaire dans la production des mouvements choréiques?

La physiologie des nerfs crâniens est une question encore bien controversée et peu connue; néanmoins nous pouvons admettre parfaitement que l'excitation produite par l'évolution d'une dent en une branche quelconque du trijumeau se transmet par toutes les anastomoses de ce nerf, soit au centre convulsif bulbo-protubérantiel de Nothnagel, soit par sympathie à tous les filets moteurs des nerfs de l'économie, soit par acte réflexe.

Ce qui est certain, c'est que dans la chorée ce sont toujours les mouvements de la face qui sont le plus accentués; or l'excitation directe du trijumeau explique péremptoirement la production de ces mouvements, puisque le trijumeau possède un rameau (masticateur) spécialement affecté aux mouvements de certains muscles de la face.

On a fait et on peut faire plusieurs objections à notre manière de voir: Tous les enfants mettent des dents, et cependant tous les enfants ne sont pas choréiques. A cela nous répondons que, si des enfants en cours d'évolution dentaire ont présenté des mouvements de chorée, c'est qu'ils y étaient déjà prédisposés par l'anémie, comme cela ressort d'ailleurs de la plupart de nos observations.

Joffroy veut que la chorée soit avant tout une maladie de développement.

Cela est vrai, mais il faut tenir compte de l'évolution dentaire.

En effet, si la croissance et le développement, et en particulier celui des organes génitaux, avaient une influence prépondérante sur la production de la chorée, comment expliquer l'apparition, la durée, les récurrences, les intervalles que l'on constate fréquemment entre les attaques, intervalles qui sont précisément compris entre l'évolution de chaque groupe dentaire (observation VI).

L'époque de l'apparition de la chorée, d'après tous les auteurs, vient à l'appui de notre dire. Le très jeune enfant n'a pas de mouvements choréiques, et cependant il croît et se développe déjà. Au contraire, d'après les statistiques, l'époque où se manifeste la névrose coïncide précisément avec l'époque du développement de la dent dite de quatre et surtout de neuf ans.

West, dans son *Traité des maladies des enfants*, dit : « La chorée n'est en aucune façon une des maladies les plus fréquentes de la première enfance, mais son apparition coïncide plutôt, comme le montre la table ci-jointe, avec la période de développement comprise entre la seconde dentition et l'accomplissement des transformations qui marquent la puberté. »

AGE	GARÇONS	FILLES	TOTAUX
A 4 ans et au-dessous.....	4	6	10
Plus de 4 ans mais ne dépassant pas 6.	22	11	33
6 à 10 ans.....	64	142	206
10 à 15 ans.....	87	220	307
TOTAUX.....	177	379	556

Or peut-on sérieusement admettre qu'à cette époque le développement des organes génitaux soit assez important pour expliquer les attaques de chorée ? Non ; il faut en chercher l'explication ailleurs, et cette explication, nous la trouvons dans l'excitation produite par l'évolution des groupes dentaires sur les terminaisons du trijumeau, déterminant ainsi le reflexe des mouvements choréiques.

De plus, on cite des cas où la chorée existait chez des jeunes filles non menstruées, et chez lesquelles l'apparition des règles n'a pas fait cesser les phénomènes.

Sanné, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, rapporte le cas d'une jeune fille de huit ans, qui présenta des mouvements choréiques pendant six mois ; ces mouvements cessèrent, la jeune fille paraissait guérie, puis les mouvements reparurent, et cela pendant trois ans et quatre ans, avec des intervalles de repos et d'excitation, et en pleine période choréique les menstrues firent leur apparition, sans que ce phénomène exerçât aucune influence sur la marche de la névrose. Nous avons aussi un cas analogue dans l'observation VII.

Grossesse. — A l'appui de l'objection faite au sujet de l'influence que peuvent avoir les organes génitaux sur la production de la chorée, on cite l'apparition de cette névrose dans le cours de grossesses et sa disparition immédiatement après l'accouchement (Soc. de méd. et de chir., 10 février. *Montp. médical* du 26 mars 1892). Nous pouvons citer aussi un cas où la mère d'une de nos malades (obs. VIII) a eu la chorée pendant les trois premiers mois seulement de sa première grossesse qui donna le jour d'ailleurs à notre malade actuelle, sans que le fait se soit reproduit aux grossesses ultérieures. Or nous avons quelque raison de croire, sans avoir pu cependant nous en rendre un compte exact, que ce phénomène pouvait être dû à l'évolution de la dent de sagesse, en raison de

l'âge où s'est produit cette grossesse, c'est-à-dire vingt-deux ans. D'ailleurs, si l'évolution de l'utérus était en cause, comment expliquer que la chorée ait cessé après le troisième mois et n'ait pas reparu aux grossesses suivantes ?

Quelques auteurs donnent l'imitation comme provoquant la chorée. En effet, disent-ils, mettez un enfant choréique au milieu d'enfants sains, vous ne tarderez pas à voir ceux-ci exécuter des mouvements que l'on peut attribuer à la chorée.

L'imitation, il est vrai, paraît jouer un rôle, mais le fait est peu fréquent, n'a pas été bien prouvé, et jamais observé par M. Baumel, ni dans son service, ni ailleurs, et, comme le dit M. Baumel à propos des accidents choréiques de la grossesse, « il faut dans ce cas se méfier des coïncidences » (*Montpellier médical*, 23 mars 1892).

On nous reprochera de n'avoir pas tenu compte de la fréquence plus grande de la chorée chez les jeunes filles que chez les garçons.

Nous dirons avec West : « La fréquence prédominante chez les jeunes filles n'est qu'une autre expression du même fait, c'est-à-dire du lien qui unit cette maladie à une excitabilité particulière du système nerveux. »

Tableau donnant l'âge et le sexe de 1,141 malades choréiques apportés à l'Hôpital des enfants :

AGE	GARÇONS	FILLES	TOTAUX	
A 4 ans et au-dessous...	21	36	57	
Entre 4 et 5 ans	19	35	54	
— 5 et 6 —	26	45	71	
— 6 et 7 —	46	63	109	> 33
— 7 et 8 —	38	104	142	> 46
— 8 et 9 —	56	132	188	> 33
— 9 et 10 —	66	155	221	> 58
— 10 et 12 —	75	224	279	$\frac{58}{2} = 29$
TOTAUX... ..	347	794	1.141	

On peut objecter aussi que, pour admettre comme facteur déterminant de la chorée l'évolution dentaire, il faudrait voir nettement la chorée apparaître avec le gonflement gingival premier signe du travail dentaire, *et la voir cesser quand la dent est percée.*

Nous répondrons avec M. Baumel (1) « que si la chorée était liée à la sortie de la dent de la gencive, les observations pourraient avoir facilement la netteté de concordance voulue; mais la chorée suit l'évolution des grosses molaires, or il est difficile de préciser à quel moment exact commence et finit ce travail. Avant tout symptôme apparent se fait l'évolution intra-maxillaire qu'on ne peut apprécier extérieurement.

» Si l'on examine les statistiques de l'âge auquel apparaît la chorée, on voit dans celle de West que, sur 556 cas, la chorée apparut seulement 43 fois au-dessous de six ans et 10 fois au-dessous de quatre ans. Elle est surtout fréquente, d'après Despines et Picot, de six à quinze ans. »

Or, d'après Troitsky, c'est précisément dans ce laps de temps que s'effectue l'évolution des deux grosses molaires, la première à six ans et demi, et la seconde de douze à quatorze et même au delà. M. Baumel a observé un cas où elle évolua exceptionnellement à seize ans.

On nous fera remarquer que, dans une même famille où il y a plusieurs enfants, certains de ceux-ci sont atteints de chorée et à plusieurs reprises, pendant que les autres restent indemnes.

Or, si l'on admet l'influence d'une prédisposition héréditaire, prouvée par l'état de nervosisme des parents, comment expliquer cette sélection de la part de la névrose ?

Ce fait ne vient-il pas à l'appui de notre dire, et comment mieux expliquer ce phénomène autrement que par l'anémie et l'évolution dentaire ?

(1) *Montpellier médical*, 26 mars 1892.

Telles sont les principales objections que l'on peut, à notre avis, faire à notre théorie de l'évolution dentaire dans ses rapports avec la chorée.

Nous nous sommes efforcé d'y répondre de notre mieux, et nous pensons que les meilleurs arguments à opposer contre les objections possibles sont les observations que nous avons pu recueillir et que nous donnons ci-après.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation première

BAUMEL (*Union médicale*, juillet 1891)

Le premier cas est relatif à un garçon de treize ans, habitant Paris, qui présente depuis près de deux ans des mouvements choréïques.

Il eut la rougeole, en mars 1889.

La chorée, chez lui, semblerait avoir été consécutive à celle-ci.

En juillet de la même année, l'enfant présente des mouvements qui commencent et se localisent à la tête. On consulte un spécialiste. Celui-ci ne voit (tous les mouvements de la face et du cou étant peu marqués) qu'une tendance à la polysarcie et il conseille une saison à Brides-les-Bains.

Au mois d'août, exacerbation des mouvements.

Nous sommes toujours, on le voit, dans l'année de la rougeole.

En été, le malade fut soumis au bromure.

En octobre, il fut envoyé à Sales.

Il rentre en novembre à Paris, où la famille consulte des sommités médicales.

En décembre 1889 et janvier 1890, on le traite par l'électricité qui amène l'arrêt presque complet des mouvements.

En juillet, des grimaces faibles se reproduisent et durent tout l'été de 1890.

Août et septembre. — Régime, hygiène, hydrothérapie et massage.

C'est alors que je le vis pour la première fois.

Il n'a subi, malgré mes conseils, aucun traitement pendant l'hiver de 1890.

Au 1^{er} mars 1891, les mouvements de la face et des yeux persistent.

Vers la fin de novembre 1889, l'enfant prétend avoir rendu des vers tout petits en allant à la garde-robe.

La mère a eu la patience de regarder, pendant près de six mois, les selles du malade pour voir si elle pouvait y découvrir quelque chose de semblable.

En septembre 1890, lors de mon premier examen, l'état de la dentition était le suivant :

Les deux secondes grosses molaires inférieures (dents dites de neuf ans) étaient complètement sorties; les supérieures, incomplètement.

Le malade était aussi constipé.

Cet enfant était donc en pleine évolution dentaire, et l'on peut se demander si le calme produit après l'électricité n'avait pas coïncidé avec la sortie complète des deux dernières molaires inférieures, si la rechute enfin n'avait pas pour cause la sortie des dents supérieures correspondantes.

En résumé: rougeole, chorée. Mon attention était attirée de ce côté-là. Je me demandai toutefois si l'évolution dentaire et les vers n'étaient pour rien dans la pathogénie de la chorée chez ce malade.

Dans les selles, je trouvai, à l'examen microscopique, des œufs de trichocéphale.

A côté de ces œufs, j'en trouvai d'autres, beaucoup plus nombreux, cinq ou six dans chaque préparation, de dimensions énormes et qui avaient tout l'aspect des œufs de botriocéphale.

Ceux-ci, à plusieurs examens successifs faits à plusieurs mois d'intervalle, présentaient toujours les mêmes caractères : coque mince, légèrement brunâtre, grosses granulations à l'intérieur et quelques granulations jaunâtres autour de la coque, rendant le contour un peu irrégulier à l'extérieur.

On ne distinguait pas nettement, dans ces œufs, l'opercule que, sur les conseils de Laboulbène, nous avons cherché à mettre en évidence avec des solutions de potasse caustique.

Nous trouvons donc dans ce cas de chorée, à côté de l'évolution dentaire, l'existence de parasites intestinaux.

J'ai conseillé d'abord la santonine (10 centigrammes par jour) pendant trois jours, suivis, le troisième, d'un purgatif, puis le tannate de pelletierine Tanret.

M. Baumel est convaincu qu'une fois les parasites chassés, *l'évolution dentaire ayant cessé*, ces accidents choréïques disparaîtront. C'est précisément ce qui a lieu actuellement.

Observation II

BAUMEL (*Union médicale*, juillet 1891)

Le second cas est celui d'une jeune fille de onze ans et demi qui eut une première atteinte de chorée au mois d'avril 1890.

Elle avait eu déjà auparavant cette maladie.

L'état de la dentition, à ma première visite (1^{er} février 1891),

était le suivant : douze dents à la mâchoire supérieure, moins la canine gauche.

Celle-ci sortait le 26 mars 1891, à la place de celle qui l'avait précédée, et qui, ébranlée, avait été arrachée un mois auparavant.

En bas, au lieu de douze dents, quatorze, dont les deux dernières sortent incomplètement, c'est-à-dire que, de chaque côté de la ligne médiane, à la mâchoire inférieure, il y a deux incisives, une canine, deux petites molaires et *deux grosses molaires*; par conséquent la dent de quatre ans et celle de neuf ans, tandis qu'en haut la dent dite de neuf ans est encore enfermée dans le maxillaire.

Cette jeune fille a présenté une autre atteinte de chorée, comme je vous le disais il y a un instant, à l'âge de six ou sept ans.

Je vous ferai remarquer que la sortie des dents chez cette enfant a été très tardive, puisque la première incisive n'apparut qu'à l'âge de deux ans; par conséquent, la dent dite de quatre ans pouvait encore évoluer à six ou sept, comme cela s'observe d'ailleurs même chez les enfants à première dentition précoce.

Elle avait eu la rougeole à l'âge de cinq ans, et elle avait été à la même époque effrayée par deux chiens qui s'étaient rués sur elle.

Si la première atteinte de chorée chez cette malade pouvait, à la rigueur, être attribuée à la rougeole ou à la frayeur, la deuxième ne me paraît pas justiciable d'une pareille origine ou d'une semblable interprétation.

Cette fois la chorée a affecté la forme molle.

Des mouvements existaient d'abord dans tout le côté gauche et dans le bras droit.

Au mois de décembre 1890, elle se plaignit d'une douleur

intense à la main gauche, et puis tout à coup il s'opéra un transfert subit de la chorée molle à droite.

Alors se produisirent des mouvements dans le bras et la jambe de ce côté, tandis que, jusque-là, le bras seul en avait été le siège.

Mademoiselle X... a un pied-bot congénital droit.

Elle avait, il y a quatre mois, présenté de l'urticaire, comme elle en avait eu, d'ailleurs, à l'âge de quatre ans.

Depuis le mois de février, je la soigne. Elle a été soumise au bromure, au quinquina et au fer.

Le 26 mars, elle est entièrement et définitivement guérie.

Observation III

BAUMEL (*Union médicale*, juillet 1891)

Le 16 mars 1891, on nous a amené à la consultation une jeune fille de dix ans qui nous a frappé, dès qu'elle s'est présentée à nous, par l'excentricité de ses gestes et de ses grimaces.

La mère, interrogée, nous apprend qu'il y a un mois (le 10 janvier), ayant fait arracher à sa fille une dent (*la deuxième petite molaire supérieure gauche*), cette enfant a présenté, dès le lendemain de ce jour, des phénomènes choréiques.

Cette dent était cariée et faisait souffrir l'enfant depuis quelque temps.

Elle a été pourtant bien arrachée et sans la moindre difficulté.

Jusqu'alors cette jeune fille n'avait présenté aucun phénomène nerveux.

Le lendemain de l'extirpation de la dent, la mère remarque que son enfant avait l'air un peu hébété et qu'elle se remuait à tout instant et sans motif.

Peu à peu les mouvements s'accrurent, et, au bout de quelques jours, la jeune fille présentait des mouvements aussi marqués que ceux que nous observons aujourd'hui.

Elle rejette sa tête à *gauche* (côté de la dent arrachée) assez souvent et brusquement.

Son *bras gauche* est également projeté en arrière.

Lorsqu'elle marche, elle se tord et tourne toujours la tête comme pour regarder ce qui se passe derrière elle.

Depuis le commencement de la maladie, elle ne dort pas et pousse des cris perçants toute la nuit.

En outre, elle se plaint de douleurs dans les doigts, ainsi que dans le poignet et la cheville gauches.

Les mouvements sont généraux. La tête, le tronc et les membres remuent constamment.

La malade présente à noter une tourniole à l'index droit.

Il y a quinze jours, on lui a mis un vésicatoire sur l'épaule gauche.

Elle parle *très difficilement*, et, par moments, elle ne peut pas parler du tout.

Je lui prescrivis du fer réduit par l'hydrogène et du sirop de quinquina pour combattre l'anémie très prononcée dont elle était atteinte ; enfin, le sirop suivant :

Bromure de potassium. 5 grammes.

Sirop d'écorce d'oranges amères. 100 —

à prendre une cuillerée à bouche matin et soir.

20 mars. — La malade revient. Légère amélioration.

23. — Amélioration sensible. La malade dort. Elle remue moins et la parole est moins difficile. Elle ne projette que très rarement en arrière.

27. — La mère nous apprend que sa fille a eu la *rougeole* il y a un an, en mars 1890.

L'état de la dentition est le suivant : la canine inférieure

gauche est tombée le 23 mars, et, le 27, la canine inférieure droite de remplacement sort, repoussant, en arrière, la canine ancienne.

Ce même jour, la canine inférieure gauche de remplacement sort aussi.

La première petite molaire inférieure gauche est cariée et la deuxième petite molaire supérieure du même côté *sort à peine* de quelques millimètres.

Les douleurs articulaires ont disparu. La langue est toujours un peu embarrassée. Ses mouvements sont pourtant plus faciles.

Observation IV

(Personnelle)

Recueillie à l'Hôpital Général, clinique des enfants,
service de M. BAUMEL, salle Saint-Joseph, n° 4.

Auguste F..., jeune garçon de treize ans, entré le 16 novembre 1891.

D'après les renseignements qui nous sont fournis, cet enfant a eu, à une époque dont on n'a pu nous préciser la date exacte, une frayeur causée par un homme déguisé.

Quelques jours après, il a présenté des mouvements incoordonnés.

Les mouvements ont commencé au bras droit et à la jambe droite, puis ils se sont étendus au bras gauche et à la jambe *gauche*.

On examine l'état de la dentition chez cet enfant, et on constate que les quatrièmes molaires, et notamment la quatrième molaire supérieure gauche, sont en retard sur les autres.

D'autre part, l'état des téguments et des muqueuses dénote l'existence d'une anémie profonde dont l'origine est antérieure à la frayeur émotive éprouvée par l'enfant et qui serait même constitutionnelle, renseignements pris sur l'état des parents.

Dès l'entrée du jeune malade à l'hôpital, M. le professeur agrégé Baumel institue le traitement habituel. Par jour :

Décoction de quinquina (dans du		
lait)	40	grammes.
Fer réduit par l'hydrogène (pin-		
cée à chaque repas)	0,05	
{	Bromure de potassium	2 —
	Eau	60 —
(moitié le matin, moitié le soir)		

Le traitement produit d'abord peu d'effet, résultat que nous expliquons par l'état des dents de l'enfant qui sont en pleine évolution et l'anémie profonde qu'il présente.

Cet état de choses se maintient pendant une assez longue période ; ce n'est que vers le 2 février que l'on constate une amélioration très marquée. L'anémie est moins accentuée ; les dents ont presque achevé leur évolution et enfin le malade sort guéri le 10 mars.

L'évolution dentaire est complètement achevée.

L'état général est excellent.

Observation V

(Personnelle)

Recueillie à l'Hôpital Général, clinique des enfants, service de
M. BAUMEL, salle Saint-Joseph, n° 14.

Jules B..., âgé de neuf ans et demi, entre le 5 décembre 1891 à la clinique des enfants.]

Antécédents personnels. — Fils de parents anémiques, frère de rachitiques, atteint lui-même de rachitisme costosternal et d'une anémie profonde due à une alimentation défectueuse.

Antécédents collatéraux. — Deux frères rachitiques et anémiques et une sœur profondément anémique.

Étiologie. — Pendant son séjour à l'hôpital, a une bronchite qui a duré du 16 décembre 1891 au 20 janvier 1892. Le petit malade venait d'Alger, où il avait eu des accès de fièvre intermittente.

A son entrée, il présentait des mouvements arythmiques, accentués surtout dans les muscles de la face et moins prononcés dans les muscles des membres supérieurs et du tronc.

État de la dentition. — L'examen des mâchoires fait constater qu'à droite et en haut la *deuxième petite molaire* de première dentition est cariée et que la *dent de remplacement* de cette molaire fait son *apparition*.

Dans toute la mâchoire, d'ailleurs, se voient des dents de première et de deuxième dentition en évolution incomplète.

Étant en cours de traitement, a eu une amygdalite et des manifestations symptomatiques de l'évolution dentaire, se traduisant par une otite double et une adénite cervicale sous-maxillaire non suppurée.

Comme dans l'observation précédente, la marche de la chorée suit celle de l'évolution dentaire, et ce n'est aussi qu'aux environs du 2 février que l'on constate une grande amélioration coïncidant avec la presque complète terminaison de cette évolution.

Enfin le petit malade sort guéri le 15 mars, les dents sont toutes au même niveau et la dent de remplacement a achevé son évolution.

Même traitement que dans l'observation précédente.

Observation VI

Communiquée par M. HOUEL, interne du service de M. le professeur agrégé BAUMEL, salle Sainte-Julie, n° 5.

Chorée

Maria A..., quatorze ans, entre à l'hôpital le 4 juillet 1891.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse, bien portante cependant — qui a eu sept enfants, dont un est mort à l'âge de trois ans — les six autres sont vivants.

Père nerveux, bonne santé — non alcoolique, — profession de journalier. Pas d'antécédents rhumatismaux ou tuberculeux.

Rien d'anormal *du côté des collatéraux.*

Antécédents personnels. — A l'âge de sept ans, est atteinte de fièvre typhoïde (première cause d'anémie).

A huit ans. — Première attaque de chorée qui est consécutive à une peur occasionnée par un chien qui voulait la mordre; le lendemain, elle est prise brusquement de mouvements qui persistent pendant cinq mois.

A neuf ans. — Rougeole dont la convalescence reste traînante.

A la suite de cette maladie, Maria A..... reste longtemps languissante, anémique et se plaint de douleurs dans le côté gauche. (Pas de toux.)

A onze ans. — Deuxième atteinte de chorée qui dure cinq mois et demi à six mois et qui survient sans cause appréciable.

A douze ans et demi. — Troisième atteinte qui, comme la

précédente, survient sans cause appréciable. La durée de cette troisième atteinte est de six mois environ.

A quatorze ans. — Elle est de nouveau (pour la quatrième fois) atteinte de chorée et entre dans le service de M. le professeur agrégé Baumel, huit jours après le début de cette récurrence, le 4 juillet 1891.

Examen de la malade. — *Fille maigre, petite, très anémisée ; elle n'est pas encore réglée.*

Il existe des mouvements brusques dans tout le corps, surtout dans les membres supérieurs, dans la tête et le cou ; la langue et les muscles du pharynx sont eux-mêmes atteints, et la déglutition est fort gênée. — Au point de vue de la sensibilité, nous n'observons rien d'anormal, et rien, dans notre recherche, ne peut révéler l'hystérie.

L'examen de l'appareil dentaire, fait par M. le professeur agrégé Baumel, montre que :

« La dent dite de neuf ans est recouverte par un bourrelet de muqueuse. Elle est donc en évolution. La *première grosse molaire supérieure droite manque.* »

Bromure de potassium.

Fer réduit à 0 gr. 10 centigrammes par jour.

Décoction de quinquina, 40 grammes.

Août 1891. — L'état général de la malade s'améliore tant soit peu, cependant l'anémie est grande encore et les dents n'ont pas complètement évolué. Même traitement.

Septembre et octobre. — Même état général, mouvements moins violents, plus prononcés dans les membres supérieurs. Même traitement.

Janvier. — Depuis quelque temps, les mouvements ont presque totalement disparu, et la fillette peut reprendre ses ouvrages de couture et de crochet.

On continue le traitement.

Nota. — Il est bon de signaler en passant, chez cette fillette, une croissance exagérée malgré un développement peu marqué.

Février. — Les mouvements sont à peine perceptibles et se produisent à de très rares intervalles : la malade peut être considérée comme guérie.

On continue le traitement.

Mars. — État général très bon ; la malade sort de la clinique le 8 mars *complètement guérie*.

Observation VII

Communiquée par M. HOUEL, interne du service de M. le professeur agrégé BAUMEL, salle Sainte-Julie, n° 16.

Chorée

Juliette S., quinze ans. A l'hôpital depuis l'âge de quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Père âgé d'environ cinquante à cinquante-cinq ans, balayeur de rues, non alcoolique(?) jamais malade.

Mère. — Morte il y a onze ans de la poitrine, jeune encore; impossibilité de savoir son âge; a eu 6 enfants, dont deux seuls restent vivants : une fille qui a actuellement vingt ans, bien portante; 4 enfants sont morts, dont une fille à onze ans de la poitrine (?); la dernière est notre malade.

Collatéraux. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Bronchite (?) vers l'âge de sept à huit ans, accompagnée de fièvre assez intense. Durée de quinze jours à trois semaines.

En janvier 1891, monte à l'infirmierie pour une métrorrhagie assez abondante, qui dure près de douze jours. Très affaiblie par ces pertes, la malade n'entre au service que quelques jours après le début.

Quand elle le quitte, ces hémorragies ont complètement cessé, mais bientôt elle abandonne tout traitement, malgré les recommandations qui lui avaient été faites.

Depuis ce temps, la menstruation qui, depuis l'âge de treize ans s'était faite régulièrement, redevient régulière et normale, tant au point de vue de la durée (quatre à cinq jours) que de la quantité et de la nature de l'écoulement.

26 octobre 1891. — La malade remonte à l'infirmierie, le lendemain du jour où les menstrues ont cessé. Elle avait été, sans cause appréciable d'émotion quelconque, prise de mouvements désordonnés dans tout le corps.

Quelques jours avant le début de ces mouvements convulsifs, notre malade se sentait très énervée; elle riait et pleurait à propos de rien, nous dit-elle; de plus, elle constatait dans ses doigts une certaine maladresse à tenir l'aiguille, et avait dû renoncer à la couture, se piquant continuellement.

C'est le 26 au matin que les mouvements choréiques éclatent brusquement. Ils sont très violents dans les membres supérieurs (principalement à gauche), violents aussi dans les muscles du cou et de la face, ce qui donne à la malade une physionomie grimaçante, bizarre.

Examen de la malade. — Notre malade est une fille de quinze ans, assez grande et assez forte, cependant cet embonpoint cache une profonde anémie, qui est surtout caractérisée par une pâleur extrême des muqueuses.

Examinée au point de vue des troubles de la sensibilité, nous ne trouvons rien de particulier; il n'existe ni hémianesthésie, ni zone d'anesthésie, nous ne trouvons pas non plus de zone

hystérophrénatrice, et par suite pas de zone hystérogène; cependant la compression ovarienne, du côté droit, est douloureuse et semble diminuer les mouvements d'intensité, sans toutefois les faire cesser. Pas d'anesthésie pharyngée.

Une amblyopie est notée, avec chute de la paupière supérieure droite. Mais ce trouble oculaire date de longtemps.

La malade, en effet, nous dit que depuis très longtemps elle a comme un brouillard devant l'œil droit. Elle peut néanmoins se livrer à la couture et au crochet. Pas d'achromatopsie.

Devant ces mouvements saccadés brusques, qui agitent convulsivement la malade, devant cet énervement extrême, qui était survenu brusquement, sans que rien dans la vie journalière de notre malade ne fût changé, sans qu'aucune émotion en fût la cause, nous ordonnons la potion suivante, à prendre par cuillerées toutes les deux heures :

Bromure de potassium	1 gr. 50.
Eau	90 —
Sirop d'écorce d'oranges amères	30 —

Lelendemain, à la visite, la malade est dans le même état; elle a reposé un peu dans la nuit. M. le professeur agrégé Baumel continue le traitement et y ajoute :

Fer réduit par l'hydrogène . .	0 gr. 05 matin et soir.
Décoct. de quinquina	50 —

C'est alors seulement qu'examinant l'appareil dentaire de cette malade il constate :

1° La dent dite de neuf ans (2^{me} grosse molaire) supérieure est en arrière sur les autres, à droite comme à gauche ;

2° Les incisives latérales supérieures droite et gauche sont en retard.

Notre malade est *donc en pleine* évolution dentaire.

Novembre 1891. — L'état de la malade est sensiblement amélioré, mais des mouvements persistent encore dans le membre supérieur et dans la tête.

Bromure de potassium, 3 grammes.

Décembre. — Pas plus que dans le mois précédent, notre malade n'a vu réapparaître les règles. Voici donc deux mois qu'il existe de l'aménorrhée. Anémie encore prononcée; les mouvements continuent; même traitement.

Janvier 1892. — Le 25 seulement réapparaissent les menstrues, qui durent cinq jours et sont normales. Anémie moins profonde; les mouvements, eux aussi, diminuent d'intensité à mesure que l'évolution dentaire touche à son terme.

Février. — Le 18, la malade entre de nouveau dans la période cataméniale; les règles sont normales, elles ne sont qu'un peu avancées. État général bon, même traitement. Les mouvements sont moins forts.

Observation VIII

Prise à la consultation gratuite par M. Piétri, externe.
Clinique des enfants, service de M. le professeur agrégé BAUMEL.

Le 12 février dernier se présente à la consultation gratuite une jeune fille, Marie D..., âgée de onze ans.

Les mouvements désordonnés des paupières et des membres supérieurs indiquent sans aucun doute que cette jeune fille est atteinte de chorée.

Le début de la maladie, selon la mère, remonte à un mois, et c'est une récurrence.

La première atteinte a eu lieu il y a un an et a duré trois mois; cette récurrence est venue sans cause connue.

La mère a eu la chorée à vingt-deux ans pendant la gros-

sesse qui donna lieu à la naissance de cette enfant. Cette chorée n'a duré que les trois premiers mois de la gestation.

L'examen des dents de la jeune malade fait voir : La dernière molaire supérieure est en évolution complète ; elle est à peine visible.

La troisième molaire inférieure est cariée.

La quatrième sort seulement de deux millimètres.

La deuxième petite molaire inférieure est ébranlée, fortement déviée en dehors, en même temps celle de remplacement sort de quatre millimètres.

On donne comme traitement à renouveler au bout de six à sept jours :

Fer réduit par l'hydrogène, 15 grammes : une pincée à chaque repas ;

Phosphate de chaux, 0,50 cent. par jour : moitié le matin, moitié le soir, dans une tasse de lait sucré.

Sirop de quinquina, 150 grammes : une cuillerée matin et soir ;

Bromure de potassium . . .	10 grammes
----------------------------	------------

Eau	200 —
---------------	-------

Une cuillerée à bouche matin et soir.

Observation IX

Prise à la consultation gratuite par M. Piétri, externe.

Clinique des enfants, service de M. le professeur agrégé BAUMEL.

Le 27 février 1892, Émilie H..., jeune fille de *douze ans*.

A la chorée depuis longtemps, mais est presque guérie quand elle se présente ; elle est encore un peu excitée, mais n'a pas de mouvements bien marqués.

On constate à l'examen des dents :

La canine inférieure droite est tombée depuis un mois.

La canine supérieure du même côté est ébranlée.

La deuxième molaire supérieure droite est ébranlée aussi.

Les deuxième et troisième molaires inférieures droites sont cariées.

Les antécédents de la malade sont peu connus, elle n'a pas eu de maladie antérieure importante, néanmoins elle se trouve dans un état d'anémie profonde qu'on ne peut expliquer que par la mauvaise alimentation ; cette anémie d'origine alimentaire constitue donc la cause prédisposante de l'apparition de la chorée chez cette enfant ; quant à la cause occasionnelle, c'est sans contredit l'évolution dentaire agissant comme cause primordiale et unique.

Il est presque certain que la malade, qui est maintenant en bonne voie de guérison, sera complètement rétablie dès que l'évolution dentaire sera terminée ; et pour activer cette évolution on prescrit le phosphate de chaux, 0,50 centigrammes par jour ; au phosphate de chaux on ajoute le traitement ordinaire de M. Baumel : fer réduit, sirop de quinquina, bromure de potassium.

Observation X

Prise à la consultation gratuite par M. Piétri, externe.

Clinique des enfants, service de M. le professeur agrégé BAUMEL.

21 mars. — Julie M..., fillette de onze ans, présente des contractions des muscles de la face.

Le front se plisse et se détend, les sourcils se rapprochent et s'écartent, les commissures labiales sont entraînées au dehors, mais tous ces mouvements ne sont pas très marqués ; ce qui frappe le plus chez cette malade, ce sont les mouve-

ments des membres supérieurs, qui sont très accentués. Le diagnostic de chorée est porté sans aucune hésitation.

L'interrogatoire de l'enfant et de la mère, qui l'accompagne, fait savoir que la malade est atteinte depuis six mois ; les antécédents morbide sont nuls.

On constate une anémie profonde qu'on ne peut expliquer, d'après les renseignements fournis par la mère, que par une alimentation défectueuse.

L'examen des dents nous fait voir :

La *canine inférieure droite de remplacement* à peine sortie de cinq millimètres (la mère a arraché celle de première dentition, il y a cinq mois ; elle était ébranlée).

Les *molaires supérieures gauches* sont en retard sur les autres.

On donne toujours le même traitement :

Phosphate de chaux pour activer l'évolution dentaire ;

Sirop de quinquina comme tonique ;

Fer réduit par l'hydrogène contre l'anémie ;

Bromure de potassium comme sédatif du système nerveux.

CHAPITRE IV

DURÉE. — RÉCIDIVES

Il est deux considérations dont l'étude peut aussi être d'un grand secours pour la justification de notre théorie : nous voulons parler de la *durée* de la chorée et de ses *récidives*.

Pour éviter des redites, ces deux questions seront brièvement traitées.

1° DURÉE. — Les auteurs fixent, en moyenne, la durée de la chorée à deux ou trois mois.

Cette moyenne est faible, car les attaques de chorée ont une durée sensiblement plus élevée de cinq à huit mois, ce qui vient à l'appui de ce que nous avançons.

En effet, si l'on se rapporte aux observations précédentes, on verra : 1° que la chorée infantile dépasse la moyenne donnée par les auteurs ; 2° que l'évolution du groupe dentaire ayant déterminé cette attaque correspond comme durée à celle de la chorée ; 3° qu'en s'approchant de l'âge adulte, les intervalles entre les attaques sont plus grands, mais aussi que ces attaques sont plus longues, car elles correspondent à l'évolution plus lente d'un groupe dentaire plus important ; 4° que si l'évolution dentaire n'était pas complètement achevée

à l'époque de la guérison du choréique, elle était arrivée à un degré assez avancé pour ne plus provoquer de mouvements réflexes, ce qui n'aurait pas lieu si la croissance, le développement en général et en particulier des organes génitaux, étaient la cause des attaques, car ces phénomènes naturels ont une marche progressive continue et n'admettent pas d'intervalles de repos.

Les statistiques des auteurs (West en particulier) montrent que les attaques de chorée ont une durée d'autant plus grande que l'on s'approche davantage de l'âge adulte, époque où la dentition a complètement évolué.

Or précisément, à mesure que l'on s'approche de cette terminaison, les grosses molaires se montrent successivement et cette évolution se fait tout naturellement avec plus de lenteur, étant donné l'importance du groupe dentaire en cause. Ce qui explique tout naturellement aussi la plus longue durée des attaques de chorée.

Les intervalles entre chaque période d'apparition des phénomènes choréiques sont plus longs à l'époque de l'âge adulte, mais plus longs aussi sont les intervalles compris entre la venue des derniers groupes dentaires, qui comprennent les grosses molaires, de volume plus considérable et dont l'évolution est plus lente et plus tardive en raison de leur grosseur.

2° RÉCIDIVES. — Les récidives ne peuvent aussi s'expliquer clairement que par l'évolution dentaire.

Comme le montrent nos observations, l'époque de chaque attaque coïncide avec l'évolution de chaque groupe dentaire et ces récidives viennent, elles aussi, et même surtout, comme nous le disons plus haut, à l'encontre de la théorie de la croissance et du développement en général, puisque ceux-ci s'accomplissent d'une façon à peu près continue (il faut tenir compte des maladies pendant lesquelles la croissance est plus rapide),

jusqu'à l'achèvement complet, n'admettant donc aucun intervalle de repos qui puisse rendre compte des arrêts du mal et de ses reprises.

En résumé, la durée de chaque atteinte (cinq à huit mois) ainsi que le nombre des récurrences (trois à quatre chez certains malades) et leur long intervalle (un an en moyenne) corroborent de tout point cette manière de voir.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT

1° DIAGNOSTIC. — Notre intention n'est pas de donner ici les moyens de diagnostiquer la chorée.

On les trouvera dans tous les ouvrages ayant traité ce sujet. D'ailleurs, on est unanime à reconnaître que ce diagnostic n'offre pas en général de bien grandes difficultés, et qu'il est aisé de distinguer cette maladie des autres affections nerveuses s'accompagnant de mouvements quelconques.

Nous ferons seulement remarquer que, d'après tout ce qui précède, l'examen de la dentition peut fournir un précieux élément de différenciation.

2° PRONOSTIC. — Quant au pronostic de cette maladie, il est en général bénin, et, comme le montrent nos observations, les mouvements cessent avec l'évolution dentaire.

Les auteurs ont cependant cité des cas, d'ailleurs très rares, suivis de mort, mais rien ne prouvait que cette terminaison ne fût pas due à quelque complication dépendant d'un autre état morbide (tuberculose, maladies du cœur, etc.).

3° TRAITEMENT. — La diversité des traitements et la quantité de médicaments prescrits par les auteurs démontrent bien l'incertitude où ils sont tous de la vraie cause de la chorée.

Quel sera le traitement qui, d'après nous, doit découler de nos considérations étiologiques. Il doit s'adresser tout d'abord à la cause prédisposante :

L'anémie primitive ou de convalescence, par alimentation défectueuse ou mastication incomplète.

Elle sera combattue par les toniques et les reconstituants (quinquina, fer), *les aliments demi-liquides*.

On devra ensuite surveiller l'évolution dentaire et la favoriser, soit en intervenant chirurgicalement au besoin (gingivite, débridements), soit par l'administration du phosphate de chaux, ou même par les deux moyens employés simultanément suivant les cas.

Pour atténuer la violence parfois excessive des mouvements choréiques, on emploiera les sédatifs du système nerveux (bromure de potassium, par exemple).

CONCLUSIONS

De toutes les observations que nous avons citées, nous croyons pouvoir, confirmant ainsi l'opinion de M. Baumel, tirer les conclusions suivantes :

1° Les choréïques sont des malades prédisposés par l'anémie (quelle qu'en soit la cause), chez lesquels les excitations que produit le travail de la dentition (et principalement l'évolution des grosses molaires) déterminent la chorée ;

2° L'anémie est la cause prédisposante, l'évolution dentaire la cause occasionnelle ;

3° Nous devons donc combattre l'anémie par les toniques et les reconstituants (quinquina, fer), calmer les excitations par le bromure et favoriser l'évolution dentaire par le phosphate de chaux, persuadés que nous sommes, et du reste nos observations le prouvent surabondamment, que la maladie cesse toujours quand l'évolution dentaire est elle-même terminée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUTEILLE. — Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy. Paris, 1810.
SIMON (Jules). — Article Chorée du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (Jaccoud).
CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, t. II. Paris, 1882, page 210.
BARTHEZ et SANNÉ. — Maladies de l'enfance.
DESPINES et PICOT. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, 1889.
HENOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, traduites par le docteur Hendrie, 1885.
E. ELLIS. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, traduit par le docteur L. Waquet, 1889.
WEST (Charles). — Leçons sur les maladies des enfants, traduites par le docteur Archambault.
JACCOUD. — Traité de pathologie interne, t. I.
LAVERAN et TESSIER. — Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales, t. I.
DIEULAFOY. — Pathologie interne.
GRASSET. — Traité des maladies nerveuses.
BAUMEL. — Union médicale, juillet 1891.
— Nouveau Montpellier médical, mars 1892.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1^{er} avril 1892.
Le Recteur de l'Académie,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 1^{er} avril 1892.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
